

弗吉尼亚州卫生部门的结核病筛查报告

姓名 _____ 出生日期 _____ 日期 _____

至有关人士：以上人员已通过以下方式评估： _____
(请使用正楷填写卫生部门，机构或临床医生的姓名)

结核病筛查和/或检测结论

I. 在结核病风险评估中未发现任何症状或其他风险

由于不存在活动性结核病的症状，未发现感染的危险因素或感染后发展为活动性结核病的危险因素，而且没有已知与活动性结核病的最近接触，因此目前不建议进行结核菌素皮肤检查 (TST) 或干扰素-γ 释放测定 (IGRA)。
 个人有结核感染史。由于没有显示活动性结核病的症状，因此目前不建议进行胸部 X 光检查跟进。

如果都不适用，请转到第二节。
在需要检查结核病感染但没有症状的健康情况下，请转至第三节。
如果合用这两个陈述之一，请选择适当的陈述并跳至第 V 节并选择陈述 “A”。

II. 存在与潜在结核病一致的症状

致电当地卫生部门以立即转介该人进一步进行结核病评估。即使该人更喜欢私下进行评估，也必须发出此通知。
前进至第 V 节，然后选择陈述 “B。”
如果没有与结核病相符的症状，请转到第三节。

III. 结核病感染检查——选择 TST 或 IGRA

结核菌素皮肤测试 (TST)：(如果需要第二步 TST 测试，请记录这两个测试)	
提供日期：_____ 阅读日期：_____ 结果：_____ 毫米 解释：	<input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性
提供日期：_____ 阅读日期：_____ 结果：_____ 毫米 解释：	<input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性
干扰素 γ 释放分析 (结核病感染血液测试)：	
绘制日期：_____ 完成测试： <input type="checkbox"/> T 点结核病 <input type="checkbox"/> Quantiferon TB Gold Plus	
结果： <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 不确定 <input type="checkbox"/> 边界 <input type="checkbox"/> 无效	

如果以上的测试是阴性，请继续执行第 V 节并选择陈述 “A”。如果任何一项结核病感染检测呈阳性，请继续进行第 IV 节，

IV. 胸部 X 光检查以评估潜在的结核病

胸部 X 光检查日期：_____ 胸部 X 光检查地点：_____
解释： <input type="checkbox"/> 没有活动性结核病的证据 <input type="checkbox"/> 胸部 X 光检查异常，应排除活动性结核病

V. 结核病筛查/检测结论

A. 根据结核病的筛查和/或进一步检查，以上所列个体无传染性结核病。
 B. 上面列出的个体不能排除活动性结核病。该人已被转介至他们的医生和当地卫生部门进行进一步评估。

签名 _____ 日期 _____ 电话 _____

(具有规定权限的临床医生或卫生部门官员)

地址 _____